

## **ЗАКРЫТЫЕ И ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Шорох С.Г., Шорох Г.П.***

*Белорусская медицинская академия последипломного образования*

Травма поджелудочной железы относится к одному из наиболее сложных разделов абдоминальной хирургии. Этот вид повреждений характеризуется тяжестью патологии, высокой летальностью и разнообразием до- и послеоперационных осложнений.

Нами изучено 37 случаев травмы поджелудочной железы у больных лечившихся в клинике неотложной хирургии за последние 8 лет. Среди пострадавших с травмой поджелудочной железы было 28 мужчин и 9 женщин. Чаще всего травме были подвержены больные в возрасте 20-60 лет (83,5%). Среди механизма повреждений железы

были определены 2 группы больных. Больные с закрытой травмой поджелудочной железы и с открытой. К первой группе отнесено 20 больных (54,1%), ко второй 17 (45,9%).

Травмы поджелудочной железы были как изолированными, так и сочетанными. Изолированное повреждение поджелудочной железы установлено во время операции у 15 человек (40,5%), сочетанные – 22 (59,5%).

Чаще всего травма поджелудочной железы сочеталась с повреждением желудка 45,4%, печени – 22,7%, толстой кишки 13,6%.

Наиболее часто травмировались головка (35%) и тело (46%) поджелудочной железы. У больных имели место контузия поджелудочной железы, гематомы, разрывы ткани с повреждением панкреатических протоков. Выполнены следующие оперативные вмешательства: гемостатическое ушивание поврежденных тканей поджелудочной железы (29,7%), резекция фрагментированных сегментов железы (2,7%), панкреатоюностомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки (2,7%), дренирование зоны повреждения поджелудочной железы (62,2%), наружное дренирование панкреатического протока (2,7%).

Анализ выполненных операций показал, что больным в основном осуществлялись гемостаз и дренирование зоны повреждения и, соответственно, сальниковой сумки. Наш опыт свидетельствует, что герметичное ушивание разрывов поджелудочной железы приводит к дополнительной ее травме и способствует развитию панкреонекроза, требующего повторных оперативных вмешательств.

При поверхностных разрывах следует считать оправданным только гемостаз и тщательное дренирование очага повреждения и сальниковой сумки без ушивания раневых дефектов ткани поджелудочной железы. При глубоких повреждениях с нарушением целостности главного панкреатического протока целесообразно введение в него антеградно дренажа. Проведение комплексных мероприятий, направленных на профилактику послеоперационного панкреонекроза, включающих антисекреторные препараты, снижающие функцию поджелудочной железы, позволяют значительно улучшить результаты лечения этой тяжелой патологии. Успех лечения обеспечивает адекватная наружная декомпрессия панкреатической протоковой системы. Восстановительные операции главного панкреатического протока при его повреждении, считаем, не эффективны.